

SOLICITAÇÃO DE CAMPO PARA ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO		
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		
NOME DO SOLICITANTE:		
E-MAIL:		TELEFONE:
CURSO DO ESTÁGIO ¹ :		
CAMPO SOLICITADO		
TURNO MANHÃ	TURNO TARDE	TURNO NOITE
Nº DE GRUPOS:	Nº DE GRUPOS:	Nº DE GRUPOS:
Nº DE PESSOAS P/ GRUPO:	Nº DE PESSOAS P/ GRUPO:	Nº DE PESSOAS P/ GRUPO:
HORÁRIO DAS AS	HORÁRIO DAS AS	HORÁRIO DAS AS
PERÍODO DOS ESTÁGIOS		
Grupo 1: de ___/___ até ___/___	Grupo 1: de ___/___ até ___/___	Grupo 1: de ___/___ até ___/___
Grupo 2: de ___/___ até ___/___	Grupo 2: de ___/___ até ___/___	Grupo 2: de ___/___ até ___/___
Grupo 3: de ___/___ até ___/___	Grupo 3: de ___/___ até ___/___	Grupo 3: de ___/___ até ___/___
UNIDADE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO		
<input type="checkbox"/> HOSPITAL-SAPUCAIA DO SUL <input type="checkbox"/> HOSPITAL-TRAMANDAÍ <input type="checkbox"/> UPA-SAPUCAIA DO SUL <input type="checkbox"/> CLISAM		
ÁREA ASSISTENCIAL DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO		
<input type="checkbox"/> Área Cirúrgica <input type="checkbox"/> Área de Emergência <input type="checkbox"/> Área de Clínica Médica <input type="checkbox"/> Área de Gineco-Obstetrícia <input type="checkbox"/> Área de Psiquiatria <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/> Nutrição <input type="checkbox"/> Área de UTI <input type="checkbox"/> Outro. Qual:		
PROFESSOR ORIENTADOR:		
USO DO INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA - IEP		
RECEBIDO EM:	POR:	
CHEFIA ENVOLVIDA:	SOLICITADO APROVAÇÃO EM:	
RETORNO DA SOLICITAÇÃO:	<input type="radio"/> DEFERIDO <input type="radio"/> INDEFERIDO	
DELIBERAÇÕES DO IEP		
RETORNO PARA A INSTITUIÇÃO DE ENSINO EM:		
DOCUMENTOS DE ESTAGIÁRIOS(AS) RECEBIDO EM:	INSERIDO NO SISTEMA EM:	